



## Urgencias hospitalarias a partir del CMBD. Revisitas: a seis meses. (II)<sup>1</sup> Servicio Murciano de Salud, 2013.

### Resumen:

#### Métodos:

- *Periodo de estudio:* Año 2013.
- *Fuente de los sujetos:* Registro del CMBD de urgencias hospitalarias.
- *Tipo de estudio:* Cohortes retrospectivas. La cohorte se define por las personas que acudieron a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) de los hospitales generales del SMS en el primer semestre de 2013. A cada uno se le realiza un seguimiento de 6 meses.
- *Hecho a estudio:* Visitas a los SUH.
- *Análisis:* Se analiza el número de visitas y sus motivos, agregados en categorías diagnósticas (CD).

#### Resultados:

Un 17,0% de los habitantes de la Región acudieron en una o más ocasiones a los SUH en el primer semestre de 2013 (1,7 visitas por persona en el periodo de seguimiento). El 60,3% de estas personas realizaron una sola visita (34,9% de total de las mismas). Un 3,8% realizaron 5 o más visitas (13,8% del total). El perfil de la persona que utiliza con más frecuencia los SUH son los menores de 5 años y los mayores de 64, las mujeres y los residentes en las Áreas de Salud de Cartagena, Noroeste, Murcia-Este y Vega Alta del Segura. Los pacientes tienden a ir siempre al hospital de referencia de su área de salud de residencia (82,6% de las personas realizan todas sus visitas en dicho hospital, 69,5% en los que realizan más de cuatro visitas).

Un 69,2% de los usuarios acuden por problemas encuadrados en una sola CD (un tercio de los que van en dos ocasiones y menos del 5% de los que van en más de 5 ocasiones). Un 0,02% de las personas (41 sujetos) acuden en más de 8 ocasiones y por más de 8 CD distintas.

Se analizan los motivos de las consultas y se realiza un estudio de casos de las once personas que acuden, de media, más de una vez por semana a los SUH, en los que subyace un fondo predominante de trastorno mental y problemática social y se identifica un patrón de uso que evoluciona a 'rachas', con 'descansos' prolongados.

Octubre de 2015

<sup>1</sup> Un informe previo comenta las revisitas a 72 horas, para acceder pulse el [enlace](#).



Urgencias hospitalarias a partir del CMBD. Revisitas: a seis meses. Servicio Murciano de Salud, 2013.

APOYO ADMINISTRATIVO Y DE EDICIÓN Mónica Garay Pelegrín.

MANTENIMIENTO DE LAS BB DD DEL CMBD Y ELABORACIÓN DE LAS BB DD A ESTUDIO

María Victoria Abellán Pérez.

María del Carmen Ibáñez Pérez.

Luis Miguel López Díez.

ANÁLISIS Y REDACCIÓN DEL DOCUMENTO:

Jesús Humberto Gómez Gómez (\*).

Lauro Hernando Arizaleta.

REVISIÓN:

María del Pilar Mira Escolano.

Joaquín A. Palomar Rodríguez.

Shirley Pérez Romero (\*).

(\*). Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Región de Murcia

EDITA:

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al ciudadano. Consejería de Sanidad. Región de Murcia.

CITA RECOMENDADA:

Urgencias hospitalarias a partir del CMBD. Revisitas: a seis meses. Servicio Murciano de Salud, 2013. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1520. Murcia: Consejería Sanidad; 2015.

Puede acceder a información relacionada en <http://www.murciasalud.es/cmbd> o solicitar una copia de este documento y/o de las tablas en formato electrónico a: [planificacion-sanitaria@listas.carm.es](mailto:planificacion-sanitaria@listas.carm.es).

Si desea recibir las publicaciones relacionadas que se elaboren puede mandar un correo electrónico a [planificacion-sanitaria@listas.carm.es](mailto:planificacion-sanitaria@listas.carm.es) indicando en 'asunto': suscripción informes

© Se permite la reproducción parcial o total, siempre que se indique la fuente.

Antes de imprimir este documento, piense si es necesario. Puede ser impreso en blanco y negro.

El personal debidamente acreditado por la Dirección-Gerencia del Área de Salud puede solicitar una base de datos con la información de su población.

*Agradecimientos:* De manera especial al Servicio de Producto Sanitario (Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía) por su inestimable colaboración en la codificación automática de los registros de urgencias. Igualmente mostramos el agradecimiento a todos los profesionales de la salud que, al realizar su labor, han permitido la obtención de la información necesaria para la elaboración de este informe.



La percepción del aumento de la frecuentación en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) es generalizada en todos los países. Además existe la evidencia de que unos pocos usuarios consultan con una alta frecuencia, lo que significa consumir recursos de forma ineficiente y, probablemente, no recibir la asistencia más adecuada por no ser proporcionada en el nivel asistencial competente.

El estudio de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) presenta algunos aspectos sin resolver:

- Aunque los usuarios suelen dividirse en tres estratos, en función del número de visitas (uso único o bajo, frecuente y muy frecuente), no existen criterios objetivos y validados sobre la definición y puntos de corte de los mismos. Algunos trabajos indican que el uso frecuente se inicia a partir de las 4 o 5 visitas/año.
- Son escasos los estudios que abarcan a toda la población y todos los procesos asistidos. Lo más común es referirse a la población adulta excluyendo la patología obstétrica.
- Muchos trabajos se basan en la información de un solo hospital o de varios, pero sin una óptica territorial y sin enlazar las visitas de los distintos centros.
- Por último, la mayor parte de los estudios (como éste) son descriptivos y no exploran la existencia de factores explicativos o posibles grupos de pacientes con características comunes (clusters) que orienten las intervenciones.

En general, la edad de los hiperfrecuentadores se sitúa en ambos extremos (menores de 5 años o mayores de 65), que acuden por patología crónica (asma, insuficiencia renal, EPOC, HTA, diabetes, insuficiencia cardíaca, trastornos mentales y abuso de sustancias) y tienen otra comorbilidad asociada. También se ha encontrado una mayor frecuencia de hospitalizaciones en el año anterior, de uso frecuente de otros niveles asistenciales sanitarios, un bajo nivel de ingresos o carencia extrema de recursos ('sin techo') y problemas de desestructuración socio-familiar.

Las conclusiones apuntan que un porcentaje relevante de las visitas es inadecuado, desde el punto de vista sanitario, pero ello podría estar modulado por la existencia o disponibilidad, la accesibilidad horaria o geográfica a otros dispositivos, el nivel de conocimientos del paciente y la comorbilidad asociada.

Por lo tanto, los revisitadores son un grupo muy heterogéneo, por lo que el abordaje se hace más difícil, ya que debe partir del estudio de sus necesidades médicas (pacientes con patologías crónicas, trastornos mentales) y/o sociales. Algunos estudios exitosos de reducción de la frecuentación a los SUH se basan en el manejo de casos dirigido a los muy frecuentadores (pacientes con patologías crónicas múltiples, con movilidad reducida, ancianos y de bajo nivel socioeconómico). En nuestro medio, la estructura de Área de Salud con Gerencia única, podría favorecer estas estrategias.



En el primer semestre de 2013, a las personas que acudieron a los SUH de los hospitales del Servicio Murciano de Salud se les realizó un seguimiento de las visitas realizadas en los seis meses posteriores a la primera, a continuación se exponen los resultados, teniendo en cuenta que se dispone de un único diagnóstico por consulta.

Un 17,0% de los habitantes de la Región (249.492 personas) acudieron en una o más ocasiones a los SUH en el primer semestre de 2013, ocasionando 431.536 visitas en el periodo de seguimiento (1,7 visitas por persona). El 60,3% de estas personas realizaron una sola visita y ocasionaron el 34,9% de total de las mismas. Un 3,8% de las personas (9.412) realizaron 5 o más visitas, lo que supone un 13,8% del total (59.512 visitas).

En la curva que relaciona el porcentaje de personas con el número de visitas que efectúan se identifican dos puntos de cambio de tendencia (en las tres y siete visitas), si se confirmaran y complementados con otros criterios, estos puntos de corte podrían utilizarse como criterios de frecuentación elevada.

El tiempo que transcurre hasta la segunda visita muestra cinco períodos diferenciados, el de mayor pendiente finaliza con la segunda semana.

Las personas que ocasionan múltiples visitas son más frecuentes entre los menores de 5 años y los mayores de 64, las mujeres y los residentes en las Áreas de Salud de Cartagena, Noroeste, Murcia-Este y Vega Alta del Segura.

Los pacientes tienden a ir siempre al hospital de referencia de su área de salud de residencia (el más cercano), un 82,6% de las personas realizan todas sus visitas en dicho hospital. Este porcentaje es inferior en las áreas de salud que comparten el municipio de Murcia (Murcia-Oeste, Este y Vega Media del Segura), en las que una accesibilidad geográfica, similar a los tres hospitales radicados en la ciudad, parece producir un uso indistinto. Cuando aumenta el número de visitas, disminuye el uso exclusivo del hospital de área (69,5% en los que realizan más de cuatro visitas).

Al aumentar el número de visitas se observa un aumento progresivo de la frecuencia de una segunda visita precoz (antes de las 72 horas de la primera) y una disminución de que el origen de la demanda sea distinto al propio paciente o el destino sea distinto del ingreso en todas las visitas que realice una persona.

Un 69,2% de los usuarios acuden por problemas encuadrados en una sola categoría diagnóstica (CD), independientemente del número de visitas que realicen (la totalidad de los que van en una sola ocasión, un tercio de los que van en dos ocasiones o menos del 5% de los que van en más de 5 ocasiones). Cuantas más visitas realiza una persona, más diversos son los motivos de las mismas, hasta alcanzar el extremo de que un 0,02% de las personas (41 sujetos) acuden en más de 8 ocasiones y por más de 8 CD distintas.

Cuando las personas acuden por la misma CD en todas las visitas, las CD ‘síntomas y signos mal definidos’ y las enfermedades del aparato respiratorio se sitúan entre las cuatro



más frecuentes. Las lesiones y envenenamientos y las enfermedades musculoesqueléticas completan el listado cuando son una o dos visitas. Las lesiones y envenenamientos y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio cuando acuden tres o cuatro veces y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y las enfermedades del aparato genito urinario cuando acuden más de cuatro.

Si analizamos los motivos de las consultas, sin que tengan que coincidir todas las de un mismo usuario, las cuatro CD más frecuentes se repiten entre los usuarios que van entre 1 y cuatro veces ('síntomas y signos mal definidos', las enfermedades del aparato respiratorio, lesiones y envenenamientos y las enfermedades musculoesqueléticas), cuando acuden más de cuatro veces las complicaciones del embarazo sustituyen a las enfermedades musculoesqueléticas. En el caso de los trastornos mentales se aprecia un escalón: hasta las cuatro visitas su frecuencia está mantenida (en torno a un 2,5%), a partir de entonces pasa a ser de un 4,9%.

Once personas acuden más de 30 veces (más de una por semana), el perfil se corresponde con un hombre con edades intermedias (15 a 64 años), que suele acudir a su hospital de área por iniciativa propia y con una baja frecuencia de ingresos hospitalarios. El patrón de uso suele evolucionar a 'rachas' (acúmulo de visitas separadas entre sí por tres días como máximo), con 'descansos' de 10 - 28 días entre ellas. Se observa dispersión entre las CD; pero, estudiando los diagnósticos, subyace un fondo de trastorno mental y problemática social, que, probablemente, o no ha sido evaluado/identificado en su conjunto o no se le ha podido dar una mejor respuesta sociosanitaria.

Probablemente el perfil de las personas que acuden con menos frecuencia no es tan homogéneo y su identificación y estudio podría proporcionar herramientas destinadas a individualizar las intervenciones tendentes a mejorar su asistencia, aumentar la calidad de vida de los pacientes y disminuir la frecuentación de los SUH.



## Métodos<sup>2</sup>:

*Periodo de estudio:* Año 2013.

*Fuente de los sujetos:* Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias en hospitales generales públicos de la Región de Murcia, Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria.

*Hecho a estudio:* Las visitas a urgencias hospitalarias de la cohorte compuesta por las personas que acudieron a los servicios de urgencias de los hospitales generales públicos en los seis primeros meses de 2013, a las que se les realizó un seguimiento de seis meses tras la primera visita, igual para todos los sujetos.

### *Métodos:*

- *Codificación del motivo de la visita:* Para conocer el motivo de la visita/diagnóstico se dispone de dos fuentes de información: A) un campo de texto libre cumplimentado por el personal administrativo de admisión de urgencias a partir de la información incluida en el alta médica y B) hasta un máximo de cinco campos de texto libre extraídos del formulario médico asistencial informatizado. En referencia al total de las urgencias asistidas en 2013, de los nueve hospitales incluidos en el estudio, en los Hospitales Comarcal del Noroeste, Los Arcos, Rafael Méndez, Lorenzo Guirao y en el Complejo Hospitalario de Cartagena, la fuente de información de los formularios médicos está vacía en más del 60% de las ocasiones, en el H. V. Arrixaca en el 40% y en el resto en menos del 5%. La codificación de los motivos de la consulta se ha realizado para las dos fuentes de información de manera independiente, prevaleciendo el código de la fuente médica, en caso de existir ambas. Para cada uno de los literales existentes, la codificación se produjo de forma secuencial. En primer lugar se utilizó el sistema de codificación automático de la Comunidad Autónoma de Andalucía (74,2% del total de las visitas codificadas), en segundo lugar se utilizaron los sistemas de codificación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y del Hospital Reina Sofía (de manera conjunta un 4.7% adicional del total) y por último se realizó una codificación manual (11,5%). En el resto de las visitas (9,6%) no se pudo asignar un código.
- *Unión de episodios de los casos, continuidad asistencial:* Se han unido episodios asistenciales que pertenecen al mismo paciente y se realizan en distintos hospitales sin presentar interrupción asistencial (traslados entre hospitales). Como las variables origen de la demanda (entre ellas 'servicio de urgencias de otro hospital') y destino al alta (entre ellas 'otro hospital de agudos') presentan problemas de fiabilidad, para unir los episodios, la estrategia de búsqueda fue identificar altas con el mismo CIP (código de identificación personal de la tarjeta sanitaria). Se consideró que existía continuidad asistencial en aquellos pacientes que habiendo sido atendidos en un hospital, se encontraban en un hospital distinto en el intervalo de tiempo comprendido entre la hora del ingreso o las cuatro horas posteriores al alta en el primer centro. En la primera visita se admitía cualquier destino al alta (excepto fallecimiento, alta voluntaria o fuga), en las visitas sucesivas todos los orígenes. Las uniones que no se correspondían con un destino al alta de 'traslado' y un origen de la demanda de 'urgencias de otro hospital' fueron revisadas. Se tuvo en cuenta que el Complejo Hospitalario de Cartagena dispone de dos edificios con servicios de urgencias diferenciados y posibilidad de traslado entre ellos. Con esta estrategia se identificaron 4.252 episodios con continuidad asistencial (285 de ellos con tres visitas asociadas), 0,6% del total. Del total de las visitas con destino al alta traslado a otro hospital (6.725), en un 43,0% se identificó una segunda visita en urgencias y un ingreso hospitalario asociado en un 7,4%.
- Partiendo de los códigos de la CIE, se han realizado agrupaciones diagnósticas utilizando el Clinical Classification Software y el Chronic Condition Indicator (Healthcare Cost & Utilization Project-HCUP).
- *Revisitas a seis meses:* La información básica (edad, sexo y área de salud de residencia) se refiere a la primera visita.

### *Análisis:*

- *Evolución temporal de las revisitas:* Para cada persona se ha seleccionado el tiempo que transcurre entre la hora del alta de la primera visita (utilizando los episodios creados tras la continuidad asistencial) y la hora de ingreso en la primera revisita identificada.
- *Estudio de tendencia temporal de las revisitas:* Para el análisis de la evolución temporal de las revisitas se agregaron el número de casos por unidad de tiempo calculándose, posteriormente, la proporción acumulada de los mismos. El análisis se realizó mediante regresión lineal segmentada, tomando como variable

---

<sup>2</sup> Son comunes con el estudio de las revisitas precoces (72 horas).



independiente el tiempo. La elección de los puntos de transición se realizó mediante el algoritmo de búsqueda en rejilla<sup>3</sup>. Nivel de significación del 5%.

*Validez de la información, limitaciones del estudio:*

- *Sobre la identificación de los pacientes:* Las personas se identifican por medio del CIP o del binomio hospital-número de historia. En el total de visitas del año 2013, sin incluir la continuidad asistencial, se dispone de CIP en el 93,9% de las ocasiones (oscilando entre el 96,5% del Hospital Lorenzo Guirao y el 89,1% del Hospital Los Arcos, este último dato sería congruente con un mayor uso por parte de personas no residentes en la Región). Este factor afecta disminuyendo la posibilidad de unir episodios con continuidad asistencial y aumentando el número de personas distintas que utilizan el servicio.  
Se incluyen los usuarios que no completaron el periodo de seguimiento por fallecimiento o cambio de residencia.
- *Sobre la identificación de los procesos:* Únicamente se ha utilizado el diagnóstico/motivo de consulta principal que cumplimenta el personal médico o administrativo. Por este motivo es más difícil identificar aquellos procesos cuya codificación necesita incluir un código E asociado (por ejemplo el suicidio y lesiones autoinfligidas o las reacciones adversas a medicamentos).
- *Sobre la fuente de información:*
  - El CMBD es una base de datos clínico-administrativa que se basa en la información existente en el formulario de asistencia y en el registro administrativo. Inexactitudes en la información, el uso de siglas equivocadas o errores en la codificación automática influyen en los resultados.
  - Exhaustividad: En relación con el Sistema de Información de Asistencia Especializada del SMS las visitas recogidas por el CMBD suponen un 100,1% en los hospitales generales públicos. No se incluyen las visitas a los servicios de urgencias del Hospital Psiquiátrico Román Alberca y el Hospital de Molina (que dispone de un concierto sustitutorio específico), esto puede suponer una infravaloración de las visitas totales entre un 5 y un 7% y afecta a las consultas por trastornos mentales (entre un 2 y un 3% del total de las mismas) y a las realizadas por los residentes en el Área de Salud de la Vega Media del Segura (en un 20-25% en los residentes en el área, tal vez en menor medida a las visitas pediátricas y obstétricas).

---

<sup>3</sup> Joinpoint Regression Program, V. 4.1.1. August 2014; Statistical Research & Applications Branch, National Cancer Instit.



## Resultados<sup>4</sup>:

Entre enero y junio de 2013, acudieron a los servicios de urgencias de los hospitales (SUH) del SMS, 249.492 personas distintas. A cada una de ellas se le ha realizado un seguimiento de seis meses tras la primera visita identificada.

Durante el seguimiento, se ocasionaron 182.044 visitas suplementarias (1,73 visitas por persona). El 39,7% de las personas realizaron más de una visita y causaron el 65,1% del total de las visitas. Un 3,8% de las personas (9.412) realizaron 5 o más visitas, lo que supone un 13,8% del total (59.512 visitas).

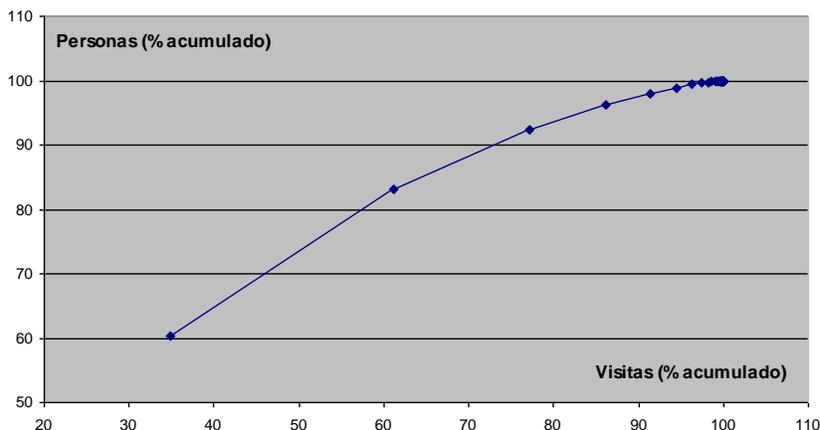
Seguimiento de las personas asistidas en Urgencias Hospitalarias (SMS, enero-junio, 2013).  
Frecuentación a las 72 horas y seis meses de la primera visita.

Número de visitas	72 horas		6 meses	
	Personas (%)	Visitas (%)	Personas (%)	Visitas (%)
1	93,7	87,7	60,3	34,9
2	5,8	10,9	22,8	26,4
3	0,5	1,3	9,2	15,9
4	0,0	0,1	3,9	9,1
5	0,0	0,0	1,8	5,2
6	0,0	0,0	0,9	3,0
7	0,0	0,0	0,5	1,9
8	-	-	0,3	1,2
9	0,0	0,0	0,1	0,7
10 a 74	-	-	0,2	1,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Más de una visita	6,3	12,3	39,7	65,1
Visitas / persona	1,07		1,73	

Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Política Social.

En la gráfica se muestra la curva que relaciona el número de visitas por usuario en función del porcentaje de personas y de visitas acumuladas. Utilizando un análisis de joinpoint (resultados no mostrados), se identifican dos puntos de cambio en la pendiente de la curva en las tres y siete visitas.

Relación entre el número de visitas y las personas que las ocasionan (%). SMS, enero-junio, 2013



<sup>4</sup> En algunas tablas los totales pueden diferir en 138 personas que realizaron una visita, excluidas por falta de información cuando se analizan sus características.



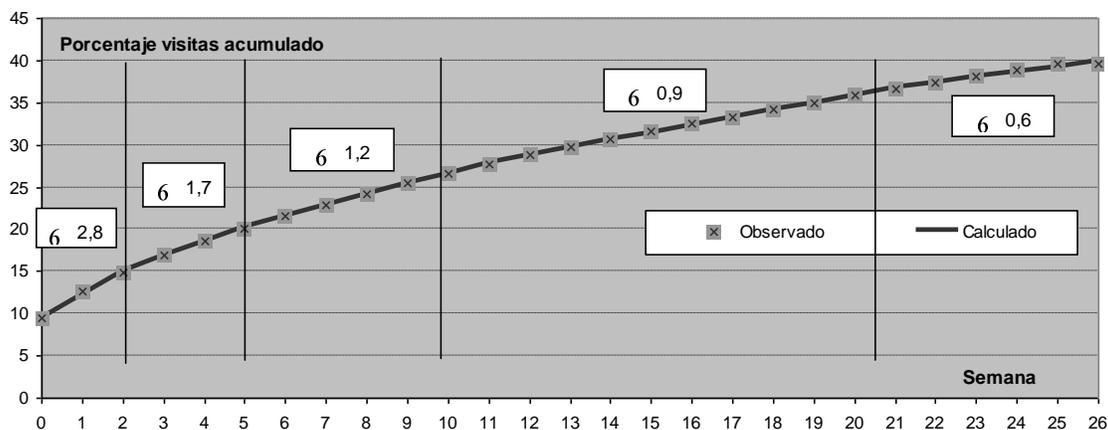
Tiempo hasta la primera revisita (seis meses de seguimiento).  
Personas asistidas en Urgencias Hospitalarias  
SMS, enero-junio, 2013.

Semanas	Meses	Porcentaje revisitas	Porcentaje revisitas acumulado
0		9,3	9,3
1		3,5	12,8
2		2,5	15,3
3		2,1	17,4
0 - 3	0	17,4	17,4
4 - 7	1	6,3	23,7
8 - 11	2	5,0	28,7
12 - 15	3	4,1	32,8
16 - 19	4	3,6	36,4
20 - 23	5	3,2	39,7

Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria.  
Consejería de Sanidad

La tendencia temporal muestra una disminución de la pendiente de la recta de las revisitas con cuatro puntos de inflexión (joinpoint, con diferencias estadísticamente significativas) que delimitan cinco períodos.

Evolución temporal de la primera revisita (seis meses de seguimiento).  
Personas asistidas en Urgencias Hospitalarias. SMS, enero-junio, 2013.



En las etiquetas: pendiente de la curva en porcentaje. Las barras que señalan los cambios son aproximadas.

A partir de la segunda semana, el crecimiento de la curva de revisitas, que era del 2,8%, pasa a ser del 1,7% y se mantiene hasta la semana quinta, tras la que se reduce al 1,2%. Tras la semana undécima, el crecimiento se reduce al 0,9% y al 0,6% tras la semana vigésimo primera, este último dato debe de ser valorado con cautela, dado que se interrumpe la serie temporal por finalizar el seguimiento.



### Análisis desde la óptica de las personas.

Existe una relación inversa entre el número de visitas y el porcentaje de las personas incluidas en cada una de las categorías, cuando aumenta el número de visitas, disminuye el porcentaje de los usuarios que las ocasionaron.

Sin embargo, la distribución por edad no es homogénea: el grupo con edades comprendidas entre los 15 y 44 años de edad presenta una proporción constante, el grupo de los menores de un año y los mayores de 64 años aumentan su frecuencia con el aumento de las visitas y, por el contrario, en los grupos de edad intermedios, disminuye. El hecho de que los dos grupos de edad extremos sean los que proporcionalmente aumentan en relación con el número de visitas efectuadas desaconseja el uso de la media (o mediana) de la edad para describir a estos usuarios. Las mujeres son más frecuentes en todos los grupos de visitas elaborados.

#### Características de la cohorte de pacientes asistidos en Urgencias Hospitalarias. SMS, enero-junio, 2013. (I)

	Agrupaciones del número de visitas				TOTAL
	1	2	3-4	5 y más	
Personas	150.460	56.840	32.642	9.412	249.354
(%)	60,3	22,8	13,1	3,8	100,0
Edad (%)					
menor 1 año	2,1	2,9	3,8	4,6	2,6
de 1 a 4	7,5	9,6	10,6	9,8	8,5
de 5 a 14	11,1	8,8	6,6	3,7	9,7
de 15 a 44	41,4	39,9	39,1	41,6	40,8
de 45 a 64	20,3	18,3	16,6	15,9	19,2
de 65 a 74	7,6	7,8	8,2	8,2	7,8
75 años y más	10,0	12,7	15,0	16,2	11,5
Media	38,09	38,85	39,70	40,72	38,58
Sexo (mujer)	50,8	53,5	56,1	58,1	52,4
Área de Salud de residencia					
Murcia Oeste	60,2	23,2	13,0	3,6	100,0
Cartagena	57,8	23,2	14,4	4,5	100,0
Lorca	60,8	22,9	12,7	3,6	100,0
Noroeste	56,7	24,2	14,4	4,7	100,0
Altiplano	63,5	21,5	12,0	3,0	100,0
Vega Media del Segura	62,2	22,0	12,3	3,6	100,0
Murcia Este	59,0	23,9	13,3	3,8	100,0
Mar Menor	61,5	22,5	12,7	3,4	100,0
Vega Alta del Segura	56,1	24,4	15,4	4,1	100,0

Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Política Social.

Por Área de residencia del usuario, los residentes en las Áreas de Cartagena, Noroeste, Murcia-Este y Vega Alta del Segura presentan una mayor frecuencia que la global en todas las agrupaciones a partir de la visita única.

Los pacientes tienden a ir siempre al hospital de referencia de su área de salud de residencia (el más cercano). Si descontamos los motivos de consulta generados por el seguimiento del embarazo y la asistencia a los menores de 15 años (servicios no disponibles en todos los hospitales), esta afirmación se mantiene en todas las áreas de salud salvo en las que comparten el municipio de Murcia (Murcia-Oeste, Este y Vega Media del Segura), en las



que una accesibilidad similar a los tres hospitales radicados en la ciudad parece provocar un uso más indistinto (entre el 83,1 y el 86,5% de los pacientes acuden a su hospital cuando solo van en una ocasión, entre el 65,5 y el 76,6% cuando acuden 5 o más veces y entre el 79,9 y el 84,9% en el total de la cohorte).

Características de la cohorte de pacientes asistidos en Urgencias Hospitalarias.  
SMS, enero-junio, 2013. (II)

	Numero visitas				TOTAL
	1	2	3-4	5 y más	
Todas las visitas en su hospital de Área de Salud de residencia					
Murcia Oeste	88,7	86,1	84,4	80,7	87,3
Cartagena	95,7	94,6	94,0	90,9	95,0
Lorca	94,5	92,5	90,2	81,1	93,0
Noroeste	92,9	90,2	87,3	79,5	90,8
Altiplano	94,0	90,8	86,0	76,2	91,8
Vega Media del Segura	66,8	56,6	47,6	41,1	61,2
Murcia Este	72,5	63,5	55,6	45,4	67,1
Mar Menor	91,7	86,5	80,3	66,3	88,2
Vega Alta del Segura	90,8	81,9	72,0	54,2	84,3
Total	85,5	80,8	76,7	69,5	82,6
Excluyendo categoría de embarazo y menores 15 años					
Murcia Oeste	86,5	83,5	81,3	76,6	84,9
Cartagena	95,2	93,7	93,1	91,0	94,4
Lorca	93,9	92,1	89,3	80,0	92,5
Noroeste	92,0	89,3	85,7	78,5	89,9
Altiplano	93,3	89,7	86,0	73,8	91,1
Vega Media del Segura	83,1	76,8	70,4	65,7	79,9
Murcia Este	85,8	80,1	74,9	65,5	82,4
Mar Menor	91,0	86,2	79,0	65,7	87,8
Vega Alta del Segura	92,2	85,6	80,1	67,0	88,1
Total	89,5	85,8	82,2	75,4	87,3

Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Política Social.

Como era de esperar, cuando aumenta el número de visitas disminuye el porcentaje de los usuarios que acuden a su hospital de área en todas las ocasiones, siendo especialmente notable el descenso en los residentes en el Mar Menor y la Vega Alta del Segura (más del 27% de disminución entre los usuarios que acuden en una ocasión y los que van más de cuatro veces). Los residentes en el Área de Salud de la Vega Media del Segura son los que en menor proporción acuden siempre a su hospital de referencia.

También son congruentes con los resultados esperados que cuando aumenten el número de visitas lo haga, también, el porcentaje de las personas cuya segunda visita identificada se produzca antes de las 72 horas de la primera o disminuya el porcentaje de las personas que ingresan siempre o son derivados a los SUH por dispositivos sanitarios.

Características de la cohorte de pacientes asistidos en Urgencias Hospitalarias.  
SMS, enero-junio, 2013. (III)

	Numero visitas				TOTAL
	1	2	3-4	5 y más	
Segunda visita precóz #	0,0	14,5	17,5	20,9	6,4
Motivo consulta/diagnóstico CRÓNICO *	10,7	3,7	1,5	0,5	7,5
Motivo consulta/diagnóstico AGUDO *	89,3	80,0	70,4	55,1	83,4
Origen demanda no es propio paciente *	21,8	7,7	3,5	1,2	15,4
Destino al alta distinto al ingreso *	90,4	80,7	68,5	51,3	83,9

# menos de 73 horas. \* En todas las visitas, según el Chronic Condition Indicator (Healthcare Cost & Utilization Project-HCUP). Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Política Social.



En la asistencia en urgencias los diagnósticos se sustituyen por motivos de consulta en múltiples ocasiones, esta situación no favorece la discriminación sobre el origen de los problemas (agudos o crónicos).

El estudio de todos los motivos de consulta de una persona puede ayudar a conocer el perfil de uso que realiza y acercarse a la adecuación del mismo o a las posibles actuaciones que se pueden hacer para proporcionar una mejor asistencia/calidad de vida al paciente en otro nivel asistencial mas adecuado. El gran número de códigos de la CIE (que dan respuesta a la multiplicidad de las situaciones clínicas) no permite su uso para comparar todos los diagnósticos/motivos de consulta de una persona. Por esta causa se ha utilizado una clasificación menos específica (las Categorías Diagnósticas del CCS, CD), lo que dificulta la extracción de conclusiones, sobre todo si tenemos en cuenta que un 26,8% de las visitas se corresponden con las categorías de ‘desconocido’ o ‘síntomas, signos y estados morbosos mal definidos’. A esta limitación hay que añadir que visitas relacionadas pueden tener motivos ubicados en categorías distintas (por ejemplo una revisita por una reacción adversa a un medicamento administrado para el tratamiento de una neumonía diagnosticada previamente o un intento de autolisis en un paciente esquizofrénico) y que visitas no relacionadas, pueden parecerlo (hernia inguinal y litiasis biliar se incluyen en la categoría de enfermedades digestivas).

Con estas precauciones, y como era de esperar, la dispersión de los diagnósticos en función del número de visitas es grande, llegando a adoptar la forma de una campana de Gauss a partir de las 5 visitas.

Relación entre el número y la Categoría Diagnóstica de las visitas.  
Porcentaje en función del número de visitas,  
Cohorte de pacientes asistidos en Urgencias Hospitalarias. SMS, enero-junio, 2013.

Número de visitas	Número de Categorías Diagnósticas								Total por grupo visitas	Total General	
	1	2	3	4	5	6	7	8 y mas			
1	100,0									100,0	60,3
2	30,9	69,1								100,0	22,8
3	14,4	47,5	38,1							100,0	9,2
4	8,2	32,5	42,0	17,3						100,0	3,9
5	5,4	24,1	38,0	26,6	5,9					100,0	1,8
6	4,2	18,7	30,7	31,1	13,1	2,1				100,0	0,9
7	2,6	14,8	26,9	30,0	20,9	4,2	0,5			100,0	0,5
8 y mas	2,3	9,2	21,5	27,2	21,2	11,0	5,0	2,6		100,0	0,6
Total General	69,2	22,1	6,4	1,7	0,5	0,1	0,0	0,02			100,0

Categoría Diagnóstica según el Clinical Classification Software (Healthcare Cost & Utilization Project-HCUP). Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Política Social.

Un 69,2% de los usuarios acuden por problemas encuadrados en una sola CD (un tercio de los que van en dos ocasiones o menos del 5% de los que van en mas de 5 ocasiones). En el otro extremo un 0,02% de las personas (41 sujetos) acuden en más de 8 ocasiones y por más de 8 CD distintas.



El porcentaje de personas que acuden por una sola CD aumenta a un 72,4% cuando no tenemos en cuenta aquellas visitas con motivos desconocidos y a un 78,6% cuando se permite que alguna de las visitas haya podido ser debida a una lesión o envenenamiento.

Características de la cohorte de pacientes asistidos en Urgencias Hospitalarias.  
SMS, enero-junio, 2013. (IV)

	Numero visitas				TOTAL
	1	2	3-4	5 y más	
Siempre la misma Categoría Diagnóstica	100,0	30,9	12,5	4,2	69,2
Siempre la misma Categoría Diagnóstica (excluye diagnóstico desconocido)	100,0	45,0	21,6	8,7	72,4
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,9	1,1	0,7	0,2	1,7
Neoplasias	0,3	0,4	0,2	0,5	0,3
E. endocrinas, nutrición y metabolismo	0,7	0,7	0,5	0,9	0,7
E. de la sangre y hematopoy.	0,4	0,5	0,5	0,7	0,4
Trastornos mentales, del comportamiento	2,5	2,6	3,3	6,9	2,6
E. del sist. nervioso y sentidos	7,5	7,3	6,5	6,3	7,4
Enfermedades del sistema circulatorio	6,4	6,3	6,0	5,6	6,4
Enfermedades del aparato respiratorio	13,1	13,5	15,3	14,8	13,3
Enfermedades del aparato digestivo	7,6	6,4	5,6	4,8	7,4
Enfermedades del aparato genitourinario	6,0	7,2	8,2	10,5	6,3
Comp. embarazo/parto/puerperio	2,7	8,5	18,6	30,1	4,3
E. de la piel y del tejido subcutáneo	1,7	1,5	1,1	0,5	1,7
Enfermedades musculoesqueléticas	11,3	10,1	8,0	5,5	11,0
Anomalias congénitas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades origen perinatal	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Síntomas, signos y estados mal definido	24,9	23,3	16,9	8,1	24,3
Lesiones y envenenamientos	11,9	10,1	8,2	4,3	11,5
Códigos residuales/no clasificados	0,7	0,5	0,2	0,1	0,7
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Siempre la misma Categoría Diagnóstica y/o Lesiones y envenenamientos (excluye desconocidos)	100,0	61,1	36,4	17,5	78,6
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,9	1,7	1,3	0,9	1,8
Neoplasias	0,3	0,4	0,6	0,9	0,4
E. endocrinas, nutrición y metabolismo	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
E. de la sangre y hematopoy.	0,4	0,5	0,4	0,9	0,4
Trastornos mentales, del comportamiento	2,5	2,6	3,2	5,7	2,6
E. del sist. nervioso y sentidos	7,5	7,8	7,1	7,1	7,5
Enfermedades del sistema circulatorio	6,4	6,2	5,6	4,6	6,3
Enfermedades del aparato respiratorio	13,1	14,5	17,0	16,8	13,7
Enfermedades del aparato digestivo	7,6	8,3	9,1	8,2	7,9
Enfermedades del aparato genitourinario	6,0	7,7	8,8	10,0	6,6
Comp. embarazo/parto/puerperio	2,7	7,3	14,9	26,4	4,5
E. de la piel y del tejido subcutáneo	1,7	1,7	1,5	1,2	1,7
Enfermedades musculoesqueléticas	11,3	9,9	7,7	5,3	10,8
Anomalias congénitas	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Enfermedades origen perinatal	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1
Síntomas, signos y estados mal definido	24,9	22,4	16,3	8,8	23,8
Lesiones y envenenamientos	11,9	7,7	5,2	2,4	10,6
Códigos residuales/no clasificados	0,7	0,4	0,1	0,1	0,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Categoría Diagnóstica según el Clinical Classification Software (Healthcare Cost & Utilization Project-HCUP). Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Política Social.



## Análisis desde la óptica de las visitas.

Por último, tras haber realizado el estudio desde la óptica de un seguimiento del usuario que acude al servicio, en la tabla siguiente se exponen los resultados centrados en el estudio individual de cada una de las visitas.

Características de las visitas de la cohorte de pacientes asistidos en Urgencias Hospitalarias.  
SMS, enero-junio, 2013.

	Numero visitas				TOTAL
	1	2	3-4	5 y más	
Visitas	150.460	113.680	107.746	59.512	431.398
(%)	34,9	26,4	25,0	13,8	100,0
Media	1,00	2,0	3,3	6,3	1,7
Motivo consulta/diagnóstico CRÓNICO	10,7	3,7	1,4	0,5	5,1
Motivo consulta/diagnóstico AGUDO	89,3	80,0	70,0	52,5	76,9
Origen distinto al propio paciente	21,8	7,7	3,4	1,1	10,6
Destino distinto al ingreso	90,4	80,7	68,0	49,9	76,7
Distribución de las visitas Categoría Diagnóstica (% sobre el total de las visitas)					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,7	1,8	1,8	1,7	1,7
Neoplasias	0,3	0,4	0,6	0,8	0,5
E. endocrinas, nutrición y metabolismo	0,7	0,8	0,9	1,1	0,8
E. de la sangre y hematopoy.	0,4	0,5	0,6	0,9	0,5
Trastornos mentales, del comportamiento	2,3	2,5	2,9	4,9	2,9
E. del sist. nervioso y sentidos	6,8	7,0	6,6	6,0	6,7
Enfermedades del sistema circulatorio	5,8	5,9	6,0	5,6	5,9
Enfermedades del aparato respiratorio	11,9	11,8	12,4	11,8	12,0
Enfermedades del aparato digestivo	6,9	7,2	7,6	7,5	7,3
Enfermedades del aparato genitourinario	5,5	6,5	7,1	7,9	6,5
Comp. embarazo/parto/puerperio	2,4	4,5	7,0	10,3	5,2
E. de la piel y del tejido subcutáneo	1,6	1,7	1,7	1,5	1,6
Enfermedades musculoesqueléticas	10,3	9,6	8,2	6,3	9,0
Anomalías congénitas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades origen perinatal	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
Síntomas, signos y estados mal definido	22,6	17,9	13,2	8,4	17,1
Lesiones y envenenamientos	10,8	11,4	12,3	12,4	11,6
Códigos residuales/no clasificados	0,7	0,8	1,0	1,5	0,9
Desconocido	9,2	9,5	9,9	11,1	9,7

Categoría Diagnóstica según el Clinical Classification Software (Healthcare Cost & Utilization Project-HCUP). Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad

En relación con los motivos de las visitas de las tres CD globalmente más frecuentes: los 'síntomas, signos,....' (17,1%) presenta una frecuencia descendente en función del número de visitas que realiza el usuario, mientras que las enfermedades del aparato respiratorio (12,0%) y las lesiones y envenenamientos (11,6%) tienen un patrón más estable. La CD relacionada con el embarazo y la de neoplasias son las que más aumentan su peso relativo en función del número de visitas y las enfermedades musculoesqueléticas y los 'signos y síntomas....' los que más disminuyen. Los trastornos mentales y del comportamiento presentan una frecuencia similar hasta el grupo de 3-4 visitas (2,3-2,9%), en el último grupo aumentan un 70% su peso relativo (4,9%).

## Hiperfrecuentación: un estudio de casos.

Una manera de abordar el estudio de la hiperfrecuentación es el estudio de casos. En la siguiente tabla se muestran las características básicas de los once usuarios que han realizado más de treinta visitas en los seis meses de seguimiento de la cohorte.



Estudio de casos: Once usuarios con mas de 30 visitas en el periodo.  
Cohorte de pacientes asistidos en Urgencias Hospitalarias. SMS, enero-junio, 2013.

Visitas	31	33	33	33	34	41	42	45	49	68	74		
Sexo	H	H	H	H	M	M	H	H	H	H	H		
Grupo de edad	15-44	45-64	15-44	45-64	15-44	45-64	45-64	< 15	15-44	45-64	15-44		
% visitas en su hospital de área	58,1	97,0	72,7	100,0	5,9	0,0	100,0	100,0	100,0	72,1	64,9		
% origen demanda propia	100,0	100,0	97,0	27,3	88,2	90,2	100,0	77,8	95,9	97,1	85,1		
% destino alta volunt/fuga (*)	22,6	0,0	6,1	45,5	5,9	7,3	33,3	0,0	18,4	8,8	12,2		
% destino ingreso en el hospital	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	26,7	0,0	0,0	8,1		
<i>Caraterísticas de las visitas</i>													
Visitas aisladas	9	15	6	8	8	6	9	7	10	4	4		
Rachas con intervalos de 72 horas (**)	8	7	7	6	9	11	9	8	10	13	11		
Mayor duración racha (días (nº visitas))	5 (6)	5 (3)	8 (6)	10 (8)	3 (4)	12 (7)	22 (10)	26 (12)	14 (8)	19 (12)	16 (11)		
Mayor tiempo sin visitas (días)	21	26	27	18	26	28	24	14	28	10	21		
<i>Distribución por Categoría Diagnóstica</i>													
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Neoplasias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0		
E. endocrinas, nutrición y metabolismo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
E. de la sangre y hematopoy.	0	0	0	0	0	0	0	23	0	0	0		
Trastornos mentales, del comportamiento	0	2	2	7	11	2	6	0	15	0	15		
E. del sist. nervioso y sentidos	2	0	2	1	1	1	11	0	1	1	0		
Enfermedades del sistema circulatorio	0	1	3	0	1	0	10	0	0	1	0		
Enfermedades del aparato respiratorio	1	1	4	0	10	0	5	1	2	0	0		
Enfermedades del aparato digestivo	0	0	2	0	1	5	0	0	1	26	5		
Enfermedades del aparato genitourinario	8	1	0	0	0	3	0	0	0	0	1		
Comp. embarazo/parto/puerperio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
E. de la piel y del tejido subcutáneo	0	0	1	1	0	13	0	0	0	0	0		
Enfermedades musculoesqueléticas	0	0	2	4	1	7	7	0	1	6	1		
Anom. Congénitas / perinatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Síntomas, signos y estados mal definido	0	0	2	0	1	1	0	1	2	18	10		
Lesiones y envenenamientos	4	25	4	1	4	4	0	14	8	4	14		
Códigos residuales/no clasificados	1	0	1	0	1	1	2	0	1	2	15		
Desconocido	15	3	10	18	3	4	1	6	18	8	13		
<i>Diagnósticos más frecuentes</i>													
Patología genitales varia externos		Dolor abdominal inespecifico. Esquizofrenia	Bipolar. tóxicos	Uso	Indigente. Sociopatía. Tras. mental	Tras Autolisis Asma	mental. Lumbalgia	Sociopatía Prurito	Tras.mental Ansiedad	Hemopatía Citas programadas	Dependencia tóxicos Depresión	Hernia inguinal Traumatismos	S paranoide Autolisis Traumas Dolor abdominal

(\*) Según el destino al alta o si se menciona en el diagnóstico. (\*\*) Se considera que una visita pertenece a una racha si el tiempo transcurrido con la visita anterior y posterior es menor de 3 días. Categoría Diagnóstica según el Clinical Classification Software (Healthcare Cost & Utilization Project-HCUP). Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Política Social.

El perfil de los pacientes se corresponde con un hombre (9 de los 11) con edades intermedias (15 a 64 años), que suele acudir a su hospital de área por iniciativa propia y con una baja frecuencia de ingresos hospitalarios. Aunque, en media, acuden a los SUH más de una vez por semana, el patrón de uso suele evolucionar a 'rachas' (acumulo de visitas separadas entre sí por tres días como máximo), entre 6 y 13 rachas, con 'descansos' de 10 - 28 días entre ellas. Salvo en un caso, las CD muestran dispersión; pero, estudiando los diagnósticos, subyace un fondo de trastorno mental y problemática social, con una posible somatización asociada.